

# Étude de l'impact de déterminants psycho-socio-environnementaux sur la santé physique et mentale des femmes enceintes vivant dans un contexte linguistique et culturel minoritaire

Cathy Vaillancourt et Thierry Lacaze-Masmonteil

Numéro 28, automne 2009

Les enjeux reliés à la santé des communautés francophones en situation minoritaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044983ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044983ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa  
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (imprimé)

1710-1158 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Vaillancourt, C. & Lacaze-Masmonteil, T. (2009). Étude de l'impact de déterminants psycho-socio-environnementaux sur la santé physique et mentale des femmes enceintes vivant dans un contexte linguistique et culturel minoritaire. *Francophonies d'Amérique*, (28), 71–90.  
<https://doi.org/10.7202/044983ar>

Résumé de l'article

La barrière linguistique réduirait le recours aux services préventifs, l'accès aux services basés sur la communication et augmenterait le recours aux services d'urgence. Les femmes sont particulièrement à risque à cause de leurs besoins accrus de services de santé et de soutien psychosociaux durant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum. Cette étude vise à recueillir de l'information sur les expériences de maternité des femmes francophones (Canadiennes et immigrantes) du Nouveau-Brunswick et de l'Alberta. Les résultats de cette étude seront utilisés pour améliorer les soins de santé et l'accès à l'information pour les femmes enceintes en situation linguistique et culturelle minoritaire.

# Étude de l'impact de déterminants psycho-socio-environnementaux sur la santé physique et mentale des femmes enceintes vivant dans un contexte linguistique et culturel minoritaire

**Cathy VAILLANCOURT**

Institut national de la recherche scientifique (INRS)

Institut Armand-Frappier

**Thierry LACAZE-MASMONTEIL**

Women and Children's Health Research Institute

University of Alberta et Capital Health

## Contexte

Lorsqu'il s'agit de soins de santé, il est capital de pouvoir exprimer dans sa propre langue ses craintes, ses besoins, ses symptômes et son état mental à un professionnel qui comprend sa langue. Les liens entre langue, culture et santé touchent particulièrement les femmes enceintes et les nouvelles immigrantes. L'impact sur la santé de certains déterminants psychosociaux et environnementaux est amplifié durant la période périnatale. En effet, les femmes ont des besoins particuliers et supplémentaires en matière de services de santé et de soutien au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans la période du post-partum. Dans ce contexte, les femmes enceintes immigrantes, dont le nombre est en augmentation dans la plupart des provinces canadiennes, et celles en situation linguistique minoritaire forment un groupe particulièrement à risque. Jusqu'à présent, il n'existe aucune source d'information sur la situation des femmes enceintes et des nouvelles mères en ce qui regarde l'offre de services périnataux en situation linguistique et culturelle minoritaire au Canada. Il devient donc primordial de mieux comprendre la situation vécue par les femmes enceintes immigrantes et membres des communautés minoritaires de langue officielle au Canada et de mieux cerner comment elles perçoivent les limites auxquelles elles se heurtent dans l'accès aux services et soins de santé et l'impact (réel ou perçu) de cette situation sur leur santé. Cette recherche vise à dégager des pistes d'action pour améliorer, modifier ou réviser les modalités de suivi de la grossesse offertes à la population des femmes enceintes francophones en situation

linguistique minoritaire au Canada et, par extension, les services offerts à toutes les mères en situation linguistique et culturelle minoritaire. Ce projet de recherche, basé sur des travaux d'enquête, d'échantillonnage et de diffusion des résultats et mené de concert avec la communauté et les organismes communautaires, permettra la mise en œuvre de pistes de solutions crédibles et adaptées.

## Revue de la littérature

### *Barrières linguistiques, accès et qualité des soins de santé*

La langue et les différences culturelles sont les deux plus importantes barrières à l'utilisation des services de santé (Bischoff *et al.*, 2003; Elderkin-Thompson, Cohen Silver et Waitzkin, 2001; Knox et Britt, 2002; Shiao, Andrews et Helmreich, 2005). La barrière linguistique affecte l'accès au système de santé, l'état de santé des patients, les résultats des soins de santé, la satisfaction et la sécurité des patients, ainsi que la communication, et augmente le recours aux services d'urgence et aux examens supplémentaires (Bischoff *et al.*, 2003; Flores, 2005 et 2006; Knox et Britt, 2002). Dans ce sens, des travaux ont montré que les patients qui ne parlent pas la langue de la majorité reçoivent moins de consultations médicales, moins de suivis et se présentent moins souvent à leur rendez-vous (Betancourt *et al.*, 2003; Bischoff *et al.*, 2003; Bradshaw, Tomany-Korman et Flores, 2007; Green *et al.*, 2005; Knox et Britt, 2002). De plus, les auteurs d'une étude américaine (Green *et al.*, 2005) rapportent que les patients qui ont une connaissance limitée de l'anglais reçoivent des soins de santé de moins bonne qualité que les patients qui parlent bien l'anglais. Dans certains cas, des patients qui éprouvent des difficultés de communication choisissent d'attendre d'être très malades avant de consulter (*ibid.* : 1050).

La satisfaction des patients est également plus grande lorsque ceux-ci participent à leurs soins (Cooper, 2004). En outre, les immigrants qui consultent des médecins qui appartiennent à leur groupe ethnique et qui parlent leur langue sont généralement plus satisfaits des services de soins de santé (Sue et Dhindsa, 2006). Une mauvaise communication causée par des barrières culturelles et linguistiques entraîne donc une insatisfaction chez les patients, une non-observance thérapeutique plus importante et de moins bons résultats de santé (Green *et al.*, 2005; Wilson *et al.*, 2005).

*Femmes enceintes : barrières linguistiques, accès et qualité des soins de santé*

Les principales barrières à l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes semblent être la langue, le soutien social, la perception des soins prénataux, les expériences antérieures avec le système de santé, les croyances, ainsi que certains facteurs psychologiques et socio-démographiques (voir Gagnon *et al.*, 2006). La plupart des femmes enceintes éprouvent le besoin de communiquer leurs émotions et leurs sentiments durant les visites prénatales. Une étude américaine révèle que les femmes qui ont indiqué éprouver des difficultés de communication (par exemple, à cause de la barrière de la langue) avec les professionnels de la santé en période prénatale ont obtenu des résultats plus élevés à l'échelle de Beck (BDI-II 1996), une échelle de dépistage des signes de dépression postnatale (Sleath *et al.*, 2005). De plus, une étude torontoise révèle que la prévention de la dépression postnatale résiderait dans le soutien individuel offert après l'accouchement par un professionnel de la santé, un soutien fondé sur les besoins de la mère (Dennis, 2005). Dix pour cent des femmes enceintes souffriront de dépression. Parmi les facteurs rendant les femmes plus vulnérables à l'anxiété et à la dépression pendant la grossesse, on retrouve le manque de soutien social et médical, l'isolement et des événements stressants vécus récemment (voir Dennis, 2005). L'immigration récente est également un facteur de risque pour la dépression périnatale (Dennis *et al.*, 2004). Dans ce sens, une étude américaine a rapporté que les jeunes femmes enceintes hispaniques et noires présentent plus de risques de complications à l'accouchement parce qu'elles n'ont pas accès aux soins prénataux (Laditka, Laditka et Probst, 2006). Une autre étude sur les disparités raciales en maternité a révélé que les Afro-Américaines étaient en moins bonne santé durant leur grossesse et avaient quatre fois plus souvent de complications que les Américaines de race blanche, et ce, en raison de l'accès et de la qualité des services de santé (Anachebe et Sutton, 2003). Ainsi, les femmes qui ne recourent pas aux soins prénataux ont des bébés en moins bonne santé (plus de bébés de petit poids (< 2,500 g) et de bébés admis pour des soins particuliers) et plus d'accouchements prématurés (< 37 semaines) (Blondel et Marshall, 1998). Les difficultés financières, l'absence d'emploi et d'assurance médicale, le niveau d'éducation limité (secondaire non terminé) chez la mère et le père, l'âge (moins de 20 ans et plus de 45 ans), la vie en couple sans être mariés, les conflits maritaux et la langue de communication sont tous des facteurs sociodémographiques qui contribuent à la sous-utilisation ou à la non-utilisation des services

de soins prénataux (Augustyn et Maiman, 1994; Dunkel-Schetter *et al.*, 1996; Feldman *et al.*, 2000; Goulet *et al.*, 2003; Kitamura *et al.*, 1996; Rowe et Garcia, 2003; Sarnoff et Adams, 2001; Sleath *et al.*, 2005).

### *Soins périnataux: santé de la mère et du nouveau-né*

Il est reconnu que la période de grossesse sensibilise les femmes aux facteurs de stress. Ainsi un même stress peut avoir un impact plus important chez la femme si elle est enceinte que si elle ne l'est pas. La grossesse correspond à un moment critique dans la vie de la femme, alors que s'opèrent chez elle plusieurs changements biologiques, psychologiques et environnementaux. Ces facteurs de stress sont évidemment vécus différemment d'une mère à l'autre. Par exemple, pour les femmes plus vulnérables, le stress normal lié au fait de devenir mère (responsabilité supplémentaire ou tensions financières) suffit à les rendre anxieuses et déprimées. Ainsi, il arrive que des tensions puissent avoir pour effet d'entraver la santé de la femme ainsi que celle de l'enfant à naître. La qualité du soutien provenant du conjoint, des professionnels en soins de santé ou du réseau social est, par exemple, un élément déterminant de l'équilibre de la future mère et du fœtus. Au contraire, le manque de soutien les rendra vulnérables sur les plans physique et mental. Des soins prénataux inadéquats augmentent également le stress psychologique chez la mère, les risques de morbidité prénatale ainsi que de mortalité périnatale et néonatale (Van Eijsden, Van Der Wal et Bonsel, 2006). Le stress psychologique pendant la grossesse est associé à un plus grand risque d'accoucher prématurément ou d'avoir un bébé de petit poids (Lu et Halfon, 2003). En effet, il a été démontré qu'un faible soutien social durant la grossesse est susceptible de déclencher des réponses inflammatoires (inflammation) qui accroissent le risque de prématurité et de prééclampsie (hypertension de grossesse associée à une protéinurie), augmentant ainsi le risque de mauvais développement pour le fœtus (Coussons-Read, Okun et Nettles, 2007). L'impact du stress pendant la grossesse a aussi des effets à long terme chez l'enfant: plusieurs études confirment le risque plus élevé d'observer des troubles du comportement et un retard de langage chez les enfants nés de mères soumises à un stress chronique ou aigu durant la grossesse (voir Talge, Neal et Glover, 2007).

*Communautés francophones en situation minoritaire au Canada*

Les communautés francophones en situation minoritaire sont évaluées à 1 million de personnes, soit 4,4 % de la population canadienne. Elles sont dispersées un peu partout au pays, les plus fortes concentrations étant en Ontario (509 265), au Nouveau-Brunswick (239 400) et en Alberta (63 000) (Statistique Canada, 2002). Ces communautés présentent un profil diversifié selon leurs contextes démographiques et socioéconomiques. Les données révèlent que les membres des communautés francophones sont en général moins jeunes, moins scolarisés et moins nombreux sur le marché du travail, bien que leur revenu moyen soit cependant similaire à celui des anglophones. Les francophones en situation minoritaire sont davantage concentrés dans des régions où l'économie est plus instable et changeante, rendant l'accès au système de santé et aux ressources sociales plus aléatoire. Par exemple, de nombreuses familles francophones ont récemment migré en Alberta pour profiter des nombreux emplois offerts par l'exploitation des champs pétrolifères. En raison de l'augmentation rapide du nombre de femmes enceintes et des naissances dans cette province (en cinq ans, le nombre de naissances a augmenté de 8 % en Alberta (Alberta Perinatal Health Program, 2006), il est possible que les femmes ne maîtrisant pas l'anglais aient plus de difficultés à accéder aux soins périnataux. Soulignons qu'il y a environ 8 000 à 10 000 femmes enceintes francophones en situation minoritaire, par année, au Canada.

Les défis et les problématiques en matière de santé auxquels fait face la population francophone à l'extérieur du Québec sont multiples : accès aux services de santé, qualité des soins, droits des patients, communication patient-médecin... (Poirier, Schofield et Grand'Maison, 2005 ; Santé Canada, 2001). En dépit d'un régime d'assurance universel, les usagers du système de soins qui ne peuvent communiquer dans leur langue n'ont pas le même accès ou la même qualité de soins que leurs concitoyens. En outre, la barrière linguistique réduirait le recours aux services préventifs, limiterait l'accès à tous les services basés sur la communication (accompagnement de la grossesse, santé mentale, réadaptation, services sociaux) ainsi que le suivi adéquat des patients et, en contrepartie, contribuerait à accroître les services d'urgence et le recours à des tests additionnels pour compenser les problèmes de communication. Par exemple, l'étude coordonnée par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (2001) a

révélé que les services de santé en français dans divers lieux de prestations de services étaient de trois à sept fois moins accessibles aux francophones dans 71 régions du pays où ils vivent en situation minoritaire. De plus, une étude ontarienne a montré que même lorsque les services sont offerts en français, les gens qui en ont besoin ne savent pas nécessairement qu'ils sont disponibles (Conseil régional de santé de Toronto). Cela pose donc un problème pour les patientes francophones de milieux minoritaires (par exemple, Nouveau-Brunswick et Alberta) parce qu'elles sont pour la plupart bilingues et n'insistent pas pour recevoir des services en français. Même si ces femmes peuvent s'exprimer en anglais, cela ne signifie pas nécessairement qu'elles sont aussi à l'aise de parler de leurs angoisses, de leurs craintes ou de leurs peurs avec les professionnels en soins de santé que si elles s'exprimaient dans leur langue maternelle.

## Objectifs de recherche

L'impact des facteurs psychosociaux et environnementaux sur la santé des femmes enceintes en situation minoritaire et le devenir de leur grossesse a surtout été étudié dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, dans un contexte historique et socioculturel très différent (Gennaro, 2005; Patrick et Bryan, 2005; Tandon, Parillo et Keefer, 2005). Dans ces études, c'est l'appartenance ethnique plutôt que la langue qui définit la notion de minorité, et la variable d'intérêt est le devenir de la grossesse à court terme (prématurité, petit poids de naissance, morbidité néonatale) plutôt que l'état de santé de la mère proprement dit (réel ou perçu). À notre connaissance, il n'existe aucune étude sur la question spécifique des femmes enceintes francophones en situation linguistique minoritaire au Canada.

Étant donné qu'il n'existe aucune source d'information sur la situation des femmes enceintes et des nouvelles mères en ce qui regarde l'offre de services périnataux en situation linguistique minoritaire au Canada, il faut donc combler ce vide. Il est donc impératif de dresser un portrait de la perception et de l'adéquation des services offerts aux femmes enceintes francophones et à leurs nouveau-nés en milieu minoritaire au Canada. Notre postulat est que la situation linguistique minoritaire influe sur la qualité des soins périnataux et, par conséquent, entraîne un impact négatif sur la santé des mères et de leurs nouveau-nés. Pour vérifier ce postulat, il est d'abord nécessaire de

mener une enquête exploratoire avec des femmes en situation culturelle et linguistique francophone minoritaire. Cette enquête se déroulera dans deux provinces canadiennes : l'Alberta (province unilingue anglophone comptant moins de 5 % de francophones (Statistique Canada, 2002) et le Nouveau-Brunswick (province bilingue, dont 33 % de la population est francophone (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2001)).

Cette étude pilote va permettre de jeter les bases d'une vaste étude comparative comportant un groupe contrôle, visant à examiner la relation entre les indicateurs de déterminants de la santé et les marqueurs objectifs et subjectifs de bien-être et de santé durant la grossesse. Elle tentera également de déterminer si le contexte minoritaire de prestation de services de santé influence la perception de bien-être chez des femmes enceintes francophones en situation linguistique minoritaire, comparées à des femmes enceintes francophones et anglophones en situation linguistique majoritaire. Les objectifs spécifiques de ce projet pilote sont les suivants :

1. Explorer, à l'aide d'entrevues semi-dirigées, les besoins de services et d'accompagnement des femmes enceintes francophones vivant en situation minoritaire.
2. Établir des liens solides et durables entre l'équipe multidisciplinaire, les partenaires communautaires et les institutions concernées en vue d'optimiser le transfert des connaissances.
3. Évaluer et valider la méthode de recrutement et la rétention, en particulier pour les femmes immigrées et récemment établies au Canada.
4. Déterminer si le choix des questionnaires (validés dans les deux langues) est adéquat pour l'étude et bien compris par l'ensemble des participantes.

## Méthodologie

### *Recrutement*

En accord avec les comités d'éthique pour la recherche avec les êtres humains, environ 46 femmes seront recrutées en Alberta et au Nouveau-Brunswick au cours du deuxième trimestre de la grossesse



(16-28 semaines). Les critères de recrutement devront favoriser la participation de femmes qui représentent la francophonie établie et les nouvelles arrivantes (moins de 18 mois au Canada). Alors que l'échantillonnage initial sera très ouvert, la stratégie ultérieure de recrutement devra s'assurer d'inviter dans l'étude des femmes répondant aux critères qui affectent les perceptions, les expériences et l'accès aux services, tels que l'éducation (secondaire et postsecondaire), la résidence (rurale, urbaine), la connaissance du système de santé, immigrante ou réfugiée et la présence d'un système de soutien (femme seule ou mariée, présence de parents).

Le recrutement s'effectuera en deux étapes. Dans un premier temps, une brève explication des objectifs de l'étude sera donnée à la patiente par le personnel soignant (médecin, sage-femme, infirmière...). Des contacts ont été établis avec les médecins de famille, les obstétriciens et les sages-femmes dans les deux provinces pour faciliter le recrutement. Ces professionnels de la santé en milieu rural ou urbain travaillent dans différentes situations : cabinet de groupe, centre communautaire, centre hospitalier. Des rencontres sont également prévues pour informer les responsables des services communautaires responsables du soutien des nouvelles immigrantes (Alberta et Nouveau-Brunswick) afin de favoriser le recrutement de cette population de femmes. Si la participante désire obtenir de l'information plus approfondie sur l'étude ou participer à l'étude, avec son consentement, ses coordonnées (nom et numéro de téléphone) seront transmises, par le personnel soignant, à l'associé de recherche. Un contact téléphonique sera alors établi entre la participante et l'associé de recherche. Après la présentation du projet, du déroulement de l'étude et l'obtention du consentement, l'associé de recherche suivra les participantes par contact téléphonique mensuel durant la grossesse et après l'accouchement. Pour toutes les femmes qui auront consenti à participer à l'étude, deux entrevues semi-dirigées se tiendront au domicile de la participante. Six questionnaires seront également testés. Ils seront adressés par la poste sous forme d'autoévaluation.

### *Participantes (population cible)*

La cohorte comprendra deux groupes :

1. Femmes francophones primipares, en situation linguistique minoritaire, établies au Canada depuis plus de trois ans (n = 15, Nouveau-Brunswick; n = 15, Alberta).

2. Femmes immigrantes francophones récemment installées (depuis moins de 18 mois) et pour la première fois enceintes au Canada (n = 8, Nouveau-Brunswick; n = 8, Alberta).

Notre définition des francophones, fondée sur la combinaison et le croisement de variables, est celle suggérée par Éric Forgues et Rodrigue Landry (2006) pour la commission conjointe de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire. Sont francophones les personnes de langue maternelle française qui connaissent toujours le français et les personnes qui connaissent le français sans être de langue maternelle française ou anglaise. Il nous semble important d'individualiser le sous-groupe de femmes récemment immigrées, car leur trajectoire est différente en de multiples aspects de celle des femmes francophones établies depuis longtemps au Canada. Selon le rapport du Comité permanent des langues officielles, les immigrants sont précieux pour le développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire (Bélanger, 2003). L'impact de la croissance de l'immigration au Canada sur l'accès aux soins, le recours aux services sociaux, et l'état de santé et de bien-être des femmes enceintes est à ce jour inconnu.

### *Entrevues semi-dirigées et questionnaires*

Les entrevues semi-dirigées qualitatives ont pour but de recenser les expériences sur le vécu de la grossesse, l'interaction avec le personnel soignant, les besoins d'information et d'accompagnement, les circonstances de l'accouchement et du retour à la maison, les soins au nouveau-né, la présence de soutien pendant la période périnatale, etc. Un canevas d'entretien a été développé pour servir de guide « flexible ». L'entretien sera enregistré et sera conduit de façon ouverte pour permettre aux participantes de partager ce qui est important pour elles. Des sous-questions permettront, le cas échéant, d'explorer plus en détail des aspects de contenu et de faisabilité pour mieux comprendre la spécificité des processus relationnels et décisionnels associés aux soins prodigués pendant la grossesse et après l'accouchement, le niveau de satisfaction et aussi les barrières à l'accès. La première entrevue sera réalisée entre 28 et 32 semaines de gestation et la deuxième, entre 6 et 8 semaines après l'accouchement.

Six questionnaires seront envoyés aux fins d'évaluation et de validation auprès de la clientèle visée par l'étude. Les données recueillies permettront éventuellement d'adapter la langue et le con-

texte des questions en fonction de la population francophone minoritaire testée (les accents linguistiques et le contexte culturel n'étant pas les mêmes d'une province à l'autre au Canada). Les questionnaires porteront sur les données suivantes :

1. Données sociodémographiques. Pour documenter les données sociodémographiques pertinentes pour l'étude et la maternité, nous utiliserons le questionnaire développé par le groupe de recherche Grossesse en santé dirigé par le Dr Jean-Claude Forest (Directeur du CHUQ, Québec). Ce questionnaire comprend une série de questions validées sur des aspects démographiques, économiques, sociaux et physiologiques. L'utilisation de questionnaires communs avec cette équipe de recherche, qui est à constituer une biobanque d'échantillons biologiques et de données psycho-socio-environnementales en provenance d'une cohorte d'environ 12 000 femmes enceintes en provenance de la Nouvelle-Écosse et du Québec permettra, ultimement, de combiner nos données aux fins de comparaison des mères de milieux francophones minoritaires avec des mères de milieux majoritaire francophone et minoritaire anglophone (Québec).
2. Données psychosociales anténatales. Pour documenter l'état de santé psychosocial de la femme au cours de la période prénatale, nous utiliserons le questionnaire d'autoévaluation ALPHA (*Antenatal Psychosocial Health Assessment*) développé par un groupe de chercheurs de l'Université de Toronto et disponible en ligne (Midmer *et al.*, 2005). Ce questionnaire, validé dans les deux langues, comporte des questions sur les facteurs anténataux associés à des expériences de vie négatives ou défavorables qui surviennent après la naissance (facteurs familiaux, facteurs maternels, toxicomanie, dépression post-partum et violence familiale). Il se présente sous forme d'échelles de classement de 1 à 5 ou de réponses par oui ou non auxquelles des commentaires peuvent être ajoutés.
3. Données sur le niveau de stress et d'anxiété. Le niveau de stress et d'anxiété ressenti par les mères (périodes pré et postnatale) sera évalué à l'aide du questionnaire développé par Louise Lemyre et Réjean Tessier (2003 : 1159)

et utilisé par l'équipe de Grossesse en santé. Le questionnaire, validé dans les deux langues, est adapté des deux questionnaires validés et couramment utilisés depuis près de 30 ans : *Perceived stress score* (PSM) et *Anxiety/ depression scores* (Ilfeld, 1976 et 1978). La version développée par Lemyre et Tessier est plus courte et adaptée pour la maternité.

4. Données sur l'accès aux ressources. Pour documenter l'accès aux ressources et le support social et communautaire, nous utiliserons la traduction française du « *Brown's Support Behaviors Inventory* », établie et validée par Céline Goulet au Centre de recherche de l'hôpital Sainte-Justine (Brown, 1986; Goulet *et al.*, 2003). Cet autoquestionnaire comporte deux sous-échelles : la première évalue la qualité du soutien reçu du conjoint et la seconde porte sur le soutien reçu des autres membres du réseau social (entourage).
5. Données sur la satisfaction de la mère en période post-partum. Pour documenter les pratiques en matière de congé et de suivi, les perceptions en regard des services de périnatalité et les effets des divers modèles de suivi post-natal, Louise Bouchard (Université d'Ottawa, codirectrice du présent projet) et son équipe ont élaboré deux questionnaires composés de questions ouvertes et fermées, choisies en fonction des services actuellement offerts aux femmes. Ce questionnaire comporte des questions relatives à la période prénatale, au séjour hospitalier, aux données sociodémographiques et obstétricales. Le suivi postnatal reçu par les mères au cours des trois premières semaines de vie du nourrisson y est documenté, ainsi que les questions relatives à l'état de santé et au bien-être de la mère et de l'enfant au cours de cette période. Les questions retenues portent, entre autres, sur les réadmissions hospitalières, la durée et les modalités de l'allaitement et l'utilisation des services médicaux et sociaux. La satisfaction des mères est évaluée par des questions se rapportant au type de suivi offert, à l'information reçue sur les services existants et au soutien reçu particulièrement à l'égard de l'allaitement. Des questions spécifiques portent sur le soutien social et les difficultés rencontrées par les familles. Le sentiment de compétence

parentale des mères et les indices de dépression du post-partum sont mesurés à l'aide d'échelles standardisées. Le questionnaire a fait l'objet d'une discussion avec des experts concernés par les soins postnataux, pour évaluer sa pertinence et son utilité pour les décideurs. Il a également été « testé » auprès d'une vingtaine de femmes en post-partum. Le prétest a été concluant quant à la clarté des questions et à la faisabilité de l'enquête, à la compréhension et au temps requis pour remplir le questionnaire.

6. Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS). Cet outil a été développé dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression postnatale.

Les questionnaires 1, 2, 3 et 4 seront envoyés par la poste à la participante en début d'étude et les questionnaires remplis seront recueillis lors de la première entrevue ouverte à domicile (28-32 semaines de grossesse). Les questionnaires 3, 4, 5 et 6 seront envoyés par la poste à la participante un mois après l'accouchement et seront recueillis par l'associé de recherche au moment de la deuxième entrevue (6-8 semaines de post-partum). La participante pourra contacter l'associé de recherche par téléphone si elle a des questions.

## Analyse des données

### *Analyse des entrevues*

Les entrevues semi-dirigées effectuées à domicile seront enregistrées et transcrites. Chaque transcription sera relue et approuvée par la participante avant de commencer l'analyse. Cette analyse va se faire en plusieurs étapes. D'abord, les cinq premières entrevues dans les deux provinces seront lues par au moins deux chercheurs en laissant émerger le sens du texte, sans *a priori* ou idées préconçues. Chaque lecteur marquera les phrases, les mots, les paragraphes qui sont liés à l'expérience de ces femmes lors du suivi de la grossesse, ou des expressions, des images, des tournures de phrase qui frappent le lecteur. Un processus de réduction de données conduira alors à définir des thèmes et des codes, illustrés par des citations provenant directement du discours de l'entrevue. Ces codes toucheront aux situations racontées, à la perspective des participantes, aux processus, aux événements et aux

relations. En particulier, seront explorés, dans les mots et les expressions des participantes, les thématiques, les perceptions, les expériences et les besoins liés au suivi de grossesse et de l'accouchement, l'accessibilité aux services de soins, la continuité du suivi et de l'information fournie par les différents intervenants, la concordance linguistique et la satisfaction vis-à-vis des soins prodigués. Cette première étape permettra de développer un premier aperçu des données et de s'assurer de la qualité des entrevues et des données recueillies et d'établir une première liste des codes qui seront utilisés, au départ, dans le traitement informatique des données. Puis, toutes les entrevues seront transférées au fur et à mesure dans le programme d'analyse de données *NVivo*. Ce programme de gestion de données et d'analyse permet d'organiser, de manipuler et de catégoriser une grande quantité de données, y compris les notes prises sur le terrain, et de faire des liens à l'intérieur d'une entrevue et de façon transversale. Outre l'émergence de thèmes centraux, mentionnés une ou plusieurs fois, il sera possible de développer des analyses de cas détaillées, mais aussi des comparaisons entre entrevues. Ainsi vont se dégager des similitudes, des contrastes, des contradictions à l'intérieur des thèmes et au-delà de ceux-ci. Grâce à ce processus d'allées et venues, le sens des expériences et des perceptions des participantes va se préciser petit à petit et s'approfondir. Ce processus conduira à l'émergence d'une ébauche de cadre conceptuel et à la formulation d'hypothèses de recherche pour la future étude pancadienne.

### *Analyse descriptive des réponses aux différents questionnaires*

Les données démographiques seront compilées au fur et à mesure pour s'assurer que l'échantillon de participantes représente le mieux possible la diversité des femmes francophones en situation minoritaire. Cette compilation influera aussi sur la suite du recrutement. Les notes et les questions qui surgiront au moment de remplir et de collecter les questionnaires seront revues par l'équipe de recherche et le comité consultatif pour clarifier et déterminer, le cas échéant, la nature et l'envergure des problèmes de compréhension culturelle, de langage ou de vocabulaire. Les questionnaires seront alors analysés de façon descriptive (fréquences, tableaux croisés, moyennes) pour dresser le profil et les caractéristiques des participantes. Cette étape permettra d'établir les tendances et aussi la présence de convergence ou non entre les thématiques issues des entrevues semi-dirigées et les résultats préliminaires descriptifs quantitatifs (questionnaires). Les résultats seront

discutés lors d'une rencontre « face à face » de l'équipe de recherche avant de procéder au développement de l'étude contrôlée pan-canadienne.

### Équipe de recherche

Ce projet regroupe des chercheurs et des professionnels de recherche de différents horizons. Notre équipe transdisciplinaire réunit un néonatalogiste, D<sup>r</sup> Thierry Lacaze-Masmonteil, directeur de l'Institut de recherche en santé de la femme et de l'enfant à Edmonton (Capital Health-Université de l'Alberta); une biochimiste spécialiste de la physiologie de la grossesse, D<sup>re</sup> Cathy Vaillancourt, professeure à l'INRS-Institut Armand-Frappier (Laval, Québec); une épidémiologiste, D<sup>re</sup> Anne Leis, professeure au département de la Santé publique et d'épidémiologie au Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan; une sociologue, Louise Bouchard, affiliée à l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa, qui apporte ses connaissances des déterminants sociaux de la santé et des approches conceptuelles en santé des populations; une infirmière autorisée, Denise Moreau, professeure à l'École des sciences infirmières et directrice adjointe de l'Institut d'études des femmes à l'Université d'Ottawa; une psychologue, Joane Normandeau, professeure à l'École de psychologie de l'Université de Moncton; un microbiologiste spécialiste de la nutrition maternelle, Étienne Dako, professeur à l'École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales de l'Université de Moncton. Tous ces chercheurs travaillent dans des domaines en lien avec la grossesse, la périnatalité, les services de santé et les minorités linguistiques. Ainsi, les connaissances acquises dans le cadre du présent projet auront autant un caractère sociologique, épidémiologique, psychologique, clinique que socioéconomique.

Il est important de souligner que la D<sup>re</sup> Anne Leis et Louise Bouchard codirigent le réseau interdisciplinaire de recherche sur les déterminants de la santé des francophones en situation minoritaire (RISF), une équipe interdisciplinaire et interinstitutionnelle de développement des capacités de recherche, financée par les IRSC pour cinq ans (2006-2011). Le programme de recherche de l'équipe porte sur les facteurs qui influent sur les disparités en matière de santé chez les francophones vivant en situation minoritaire et tente de définir des stratégies pour réduire ces écarts de santé. Ce projet s'inscrit dans un

partenariat déjà existant entre le RISE, le Consortium national de la formation en santé (CNFS) et le Consortium national des parents francophones (CNPF).

## **Transfert des résultats et outils de communication**

À chaque étape du processus de recherche (conception, enquête, diffusion des résultats, etc.) nous encouragerons le réseautage et les échanges entre chercheurs, autorités gouvernementales, communauté, organismes communautaires et décideurs politiques dans le but d'obtenir les meilleurs services de santé et de soins pour les femmes enceintes francophones en situation culturelle et linguistique minoritaire au pays. Dans ce sens, un comité consultatif comprenant des chercheurs, des cliniciens, des gens de la communauté, des gestionnaires, des agences communautaires et des décideurs politiques sera formé dans le but d'aiguiller à chaque étape le projet de recherche. Les membres du comité consultatif serviront également à diffuser le projet et les résultats, étant donné qu'ils représentent plusieurs domaines professionnels et communautaires. Ce comité se réunira mensuellement (par téléconférence) et biannuellement (en personne) afin d'évaluer l'avancement du projet. Avec l'appui de nos partenaires, nous mettrons en réseau les décideurs politiques.

Suivant l'objectif du projet de recherche, les groupes ciblés sont : 1) les décideurs politiques et les autorités gouvernementales, 2) les cliniciens et les pourvoyeurs de services de santé, 3) les chercheurs dans le domaine, 4) les organismes communautaires et 5) les communautés francophones en situation minoritaire. Quand viendra le tour des gestionnaires de services de soins et des décideurs, des rencontres en personne (face à face) seront privilégiées.

## **Pertinence, originalité et impact souhaité**

Cette étude permettra de dégager des pistes d'action pour améliorer, modifier ou réviser les modalités de suivi de la grossesse offertes à la population des femmes enceintes francophones en situation culturelle et linguistique minoritaire au Canada. L'originalité de cette recherche tient aussi au transfert bidirectionnel des connaissances avec la communauté. Ce travail collégial de recherche scientifique, mené



par l'intermédiaire de travaux d'enquête, d'échantillonnage et de diffusion des résultats et de concert avec la communauté et les organismes communautaires, devrait permettre la mise en œuvre de pistes de solutions crédibles et adaptées. Nous croyons que la santé des femmes enceintes doit être définie comme un secteur d'intervention prioritaire pour les communautés francophones en situation minoritaire, comme l'a été l'éducation à une certaine époque. Nous saurons qu'une telle entreprise est un succès lorsque les obstétriciens, les sages-femmes et les autres professionnels de la santé en relation avec les femmes enceintes compteront un nombre grandissant de francophones dans chacune des provinces canadiennes.

### Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier Anne Leis, Louise Bouchard, Joane Normandeau, Denise Moreau et Étienne Dako pour l'aide précieuse apportée lors de l'élaboration de ce projet.

### BIBLIOGRAPHIE

---

- ALBERTA PERINATAL HEALTH PROGRAM (2006). *Alberta Perinatal Health Program Provincial Report 1998-2005*.
- ANACHEBE, Ngozi F., et Madeline Y. SUTTON (2003). « Racial Disparities in Reproductive Health Outcomes », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 188, n° 4 (avril), p. S37-S42.
- AUGUSTYN, Marycatherine, et Lois A. MAIMAN (1994). « Psychological and Sociological Barriers to Prenatal Care », *Women's Health Issues*, vol. 4, n° 1 (printemps), p. 20-28.
- BÉLANGER, Mauril (2003). *L'immigration, outil de développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire*, Ottawa, Rapport du Comité permanent des langues officielles à la Chambre des communes du Canada.
- BETANCOURT, Joseph R., *et al.* (2003). « Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health

- and Health Care », 2<sup>e</sup> éd., *Public Health Reports*, vol. 118, n° 4 (juillet-août), p. 293-302.
- BISCHOFF, Alexander, *et al.* (2003). « Improving Communication Between Physicians and Patients Who Speak a Foreign Language », *The British Journal General Practice*, vol. 53, n° 492 (juillet), p. 541-546.
- BLONDEL, Béatrice, et Barbara MARSHALL (1998). « Poor Antenatal Care in 20 French Districts: Risk Factors and Pregnancy Outcome », *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 52, n° 8 (août), p. 501-506.
- BRADSHAW, Michael, Sandra TOMANY-KORMAN et Glenn FLORES (2007). « Language Barriers to Prescriptions for Patients with Limited English Proficiency: A Survey of Pharmacies », *Pediatrics*, vol. 120, n° 2 (août), p. e225-e235.
- BROWN, Marie Annette (1986). « Social Support During Pregnancy: A Unidimensional or Multidimensional Construct? », *Nursing Research*, vol. 35, n° 1 (janvier-février), p. 4-9.
- COOPER, Lisa A. (2004). « Health Disparities: Toward a Better Understanding of Primary Care Patient-Physician Relationships », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19, n° 9 (septembre), p. 985-986.
- COUSSONS-READ, Mary E., Michele L. OKUN et Christopher D. NETTLES (2007). « Psychosocial Stress Increases Inflammatory Markers and Alters Cytokine Production Across Pregnancy », *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 21, n° 3 (mars), p. 343-350.
- DENNIS, Cindy-Lee (2005). « Psychosocial and Psychological Interventions for Prevention of Postnatal Depression: Systematic Review », *BMJ*, vol. 331, n° 7507 (2 juillet), p. 15.
- DENNIS, Cindy-Lee, Patricia A. JANSSEN et Joel SINGER (2004). « Identifying Women At-Risk for Postpartum Depression in the Immediate Postpartum Period », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 110, n° 5 (novembre), p. 338-346.
- DUNKEL-SCHETTER, Christine, *et al.* (1996). « Social Support and Pregnancy: A Comprehensive Review Focusing on Ethnicity and Culture », dans Gregory Pierce et Irwin G. Sarason (dir.), *Handbook of Social Support and the Family*, New York, Plenum, p. 375-412.
- ELDERKIN-THOMPSON, Virginia, Roxane COHEN SILVER et Howard WAITZKIN (2001). « When Nurses Double as Interpreters: A Study of Spanish-Speaking Patients in a US Primary Care Setting », *Social Science and Medicine*, vol. 52, n° 9 (mai), p. 1343-1358.
- FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE DU CANADA (2001). *Santé en français: pour un meilleur accès à des services de santé en français*, Étude coordonnée par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire.

- FELDMAN, Pamela J., *et al.* (2000). « Maternal Social Support Predicts Birth Weight and Fetal Growth in Human Pregnancy », *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, n° 5 (octobre), p. 715-725.
- FLORES, Glenn (2005). « The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review », *Medical Care Research and Review*, vol. 62, n° 3 (juin), p. 255-299.
- FLORES, Glenn (2006). « Language Barriers to Health Care in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 3, p. 229-231.
- FORGUES, Éric, et Rodrigue LANDRY (2006). *Définitions de la francophonie en situation minoritaire : analyse de différentes définitions statistiques et de leurs conséquences*, Étude réalisée pour la Commission conjointe de recherche sur la santé des francophones en situation minoritaire, Édition produite par le secrétariat national du CNFS.
- GAGNON, Anita J., *et al.* (2006). « The Childbearing Health and Related Service Needs of Newcomers (CHARSNN) Study Protocol », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 6 (décembre), p. 31.
- GENNARO, Susan (2005). « Overview of Current State of Research on Pregnancy Outcomes in Minority Populations », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 192, n° 5 (mai), supplément 1, p. S3-S10.
- GOULET, Céline, *et al.* (2003). « Translation and Validation of a French Version of Brown's Support Behaviors Inventory in Perinatal Health », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 25, n° 5 (août), p. 561-582.
- GOVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2001). *Population*, [En ligne], [<http://www.Gnb.Ca/cnb/nb/population-f.Asp>] (2 mars 2010).
- GREEN, Alexander R., *et al.* (2005). « Interpreter Services, Language Concordance, and Health Care Quality: Experiences of Asian Americans with Limited English Proficiency », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, n° 11 (novembre), p. 1050-1056.
- ILFELD, Frederic W. (1976). « Methodological Issues in Relating, Psychiatric Symptoms to Social Stressors », *Psychological Reports*, vol. 39, p. 1251-1258.
- ILFELD, Frederic W. (1978). « Psychologic Status of Community Residents Along Major Demographic Dimensions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, n° 6 (juin), p. 716-724.
- KITAMURA, Toshinori, *et al.* (1996). « Clinical and Psychosocial Correlates of Antenatal Depression: A Review », *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 65, n° 3, p. 117-123.
- KNOX, Stephanie A., et Helena BRITT (2002). « A Comparison of General Practice Encounters with Patients from English-Speaking and Non-English-Speaking Backgrounds », *The Medical Journal of Australia*, vol. 177, n° 2 (juillet), p. 98-101.

- LADITKA, Sarah B., James N. LADITKA et Janice C. PROBST (2006). « Racial and Ethnic Disparities in Potentially Avoidable Delivery Complications Among Pregnant Medicaid Beneficiaries in South Carolina », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 10, n° 4 (juillet), p. 339-350.
- LEMYRE, Louise, et Réjean TESSIER (2003). « Measuring Psychological Stress: Concept, Model, and Measurement Instrument in Primary Care Research », *Canadian Family Physician*, vol. 49, p. 1159-1160.
- LU, Michael C., et Neal HALFON (2003). « Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective », *Maternal and Children Health Journal*, vol. 7, n° 1 (mars), p. 13-30.
- MIDMER, Deana, *et al.* (2005). *A Reference Guide for Providers: The Alpha Form-Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*, Faculty of Medicine, Department of Family & Community Medicine, University of Toronto, 3<sup>e</sup> éd., [En ligne], [<http://dfcm19.Med.Utoronto.Ca/research/alpha>] (2 mars 2010).
- PATRICK, Thelma E., et Yvonne BRYAN (2005). « Research Strategies for Optimizing Pregnancy Outcomes in Minority Populations », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 192, n° 5 (mai), supplément 1, p. S64.
- POIRIER, Martine, Aurel SCHOFIELD et Paul GRAND'MAISON (2005). *Des médecins et des soins de qualité pour les communautés francophones minoritaires du Canada: revue de la littérature*, Ottawa, Association des facultés de médecine du Canada.
- ROWE, Rachel E., et Jo GARCIA (2003). « Social Class, Ethnicity and Attendance for Antenatal Care in the United Kingdom: A Systematic Review », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 25, n° 2 (juin), p. 113-119.
- SANTÉ CANADA (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé = Language Barriers in Access to Health Care*, préparé par Sarah Bowen, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, [En ligne], [[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces_f.pdf)] (8 juin 2008).
- SARNOFF, Rhonda, et Elizabeth ADAMS (2001). « Racial and Ethnic Disparities in the Discordance Between Women's Assessment of the Timing of their Prenatal Care Entry and the First Trimester Standard », *Maternal and Children Health Journal*, vol. 5, n° 3 (septembre), p. 179-187.
- SHIAO, Shyang-Yun Pamela K., Claire M. ANDREWS et Rebecca Jo HELMREICH (2005). « Maternal Race/Ethnicity and Predictors of Pregnancy and Infant Outcomes », *Biological Research for Nursing*, vol. 7, n° 1 (juillet), p. 55-66.

- SLEATH, Betsy, *et al.* (2005). « Ethnicity and Prenatal Depression: Women's Experiences and Perspectives on Communicating about their Emotions and Feelings During Pregnancy », *Patient Education Counseling*, vol. 58, n° 1, p. 35-40.
- STATISTIQUE CANADA (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: profils des communautés de 2001*, Ottawa.
- SUE, Stanley, et Meenu K. DHINDSA (2006). « Ethnic and Racial Health Disparities Research: Issues and Problems », *Health Education and Behavior*, vol. 33, n° 4 (août), p. 459-469.
- TALGE, Nicole M., Charles NEAL et Vivette GLOVER (2007). « Antenatal Maternal Stress and Long-Term Effects on Child Neurodevelopment: How and Why? », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 48, n° 3-4 (mars-avril), p. 245-261.
- TANDON, S. Darius, Kathleen M. PARILLO et Maureen KEEFER (2005). « Hispanic Women's Perceptions of Patient-Centeredness During Prenatal Care: A Mixed-Method Study », *Birth*, vol. 32, n° 4 (décembre), p. 312-317.
- VAN EIJSDEN, Manon, Marcel F. VAN DER WAL et Gouke J. BONSEL (2006). « Folic Acid Knowledge and Use in a Multi-Ethnic Pregnancy Cohort: The Role of Language Proficiency », *BJOG*, vol. 113, n° 12 (décembre), p. 1446-1451.
- WILSON, Elisabeth, *et al.* (2005). « Effects of Limited English Proficiency and Physician Language on Health Care Comprehension », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, n° 9 (septembre), p. 800-806.